Rok XXXII. Kraków, 11. Lutego 1893. Nr. 6.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z pracowni chemiczno-patologicznej Dra E. Freunda w szpitalu Rudolfa we Wiedniu.

Przyczynek do patogenezy oparzenia.

Podał
Dr. Władysław Reiss,
elew kliniki dermatologicznej prof. Kaposiego.

Rozliczne teorye przyczyny śmierci wskutek spalenia lub oparzenia, z jakiemi spotykamy się w piśmiennictwie, dowodzą, że kwestya ta, obchodząc żywo zarówno chirurgów jak i dermatologów, budziła zawsze i budzi po dziś dzień w wysokim stopniu zajęcie świata lekarskiego.

Nie mam bynajmniej zamiaru zajmować się szczegółowo w tej pracy wszystkiemi teoryami i przypuszczeniami, które zyskały już sobie, że tak powiem, prawo obywatelstwa w literaturze, wymienię tylko po krótce najważniejsze, uwzględniając zarazem zapatrywania się autorów, którzy w najnowszych czasach tą sprawą się zajmowali.

Wymienię tu także teorye, z któremi liczyć się więcej nie potrzebujemy, bo nie wytrzymały one krytyki doświadczeń klinicznych jakoteż nowszych zasad patologii. A były to teorye o utrudnieniu przeziewu przez powłoki zewnętrzne, o przesyceniu krwi amoniakiem (*ammoniaemia*), o zagęszczaniu się krwi lub o nagłem ubezwładnieniu czynności serca i t. d. Nie utrzymała się również teorya Sonnenburga, podająca za przyczynę śmierci mocne ogrzanie krwi z następowem porażeniem serca, jakoteż z odruchowem obniżeniem napięcia naczyń obwodowych.

W ostatnich dwu latach pojawiły się prace Silbermanna (*Virchows Archiv.* Bd. 119, H. 3), Weltego (*Ziegler u. Nauwerks Beiträge* etc. Bd. 4) i Lustgartena (*Wien. klin. Wochenschrift* 1891). Welti uważa za przyczynę śmierci zakrzep naczyń włosowatych w mózgu, jakoteż w żołądku i w nerkach. Już Klebs, jak wiadomo, tłómaczył w tym samym duchu zjawiska spostrzegane w oparzeniach a mianowicie wrzody spostrzegane nierzadko w przewodzie pokarmowym. Powstawanie takich zakrzepów w krwi tłómaczy Welti zlepianiem się mechanicznem ciałek czerwonych z płytkami, które po oparzeniach widzieć można w wielkiej bardzo ilości. Zapatrywania tego podzielać nie możemy, ponieważ Welti zmiany te obserwował dosyć późno po śmierci zwierząt używanych do doświadczeń, a zatem zjawisko to mogło być zarówno zwykłem tworzeniem się skrzepów pośmiertnych. Podług Silbermanna zakrzepy takie powstawać mają najliczniej w tętnicy płucnej za życia i wskutek tego stawiać opór wylewaniu się krwi z prawej komory serca.

Niektórzy autorowie a przedewszystkiem Tappeiner widzą przyczynę śmierci w zagęszczeniu się krwi kosztem surowicy, której wielką ilość traci organizm przy oparzeniu. — Teorya, przypisująca nagłe zmniejszenie się ciśnienia krwi utracie zbyt wielkiej ilości surowicy, nie mogła się utrzymać, gdy Golz i Tappeiner wykazali, że nawet po bardzo znacznych upustach krwi, ciśnienie w wielkich naczyniach rychło się wyrównywa, ponieważ ściany naczyń stosują się bardzo łatwo do ilości krwi w ustroju. Wspomnieć tu także należy, że Foà uważa za przyczynę śmierci po oparzeniach autointoksykacyę fermentem włóknikowym, który ma powstawać wskutek rozpadu ciałek krwi mocno ogrzanych i sprowadzać zakrzepy w sercu, wybroczyny w przewodzie pokarmowym, w nerkach i wątrobie.

Do dziś dnia utrzymała się teorya, posądzająca *shock* o przyczynę śmierci w tych przypadkach; teoryą tą tłómaczymy nagłe zejścia śmiertelne w krótkim bardzo czasie po oparzeniu, szczególnie u dzieci, gdyż objawów klinicznych nie możemy odnosić do działania istot trujących lub też innego czynnika chorobotwórczego.

Lustgarten wypowiada w odczycie mianym w zeszłym roku w Towarzystwie dermatologicznem nowojorskiem zupełnie odmienne od innych autorów zdanie. Uważa on całą sprawę chorobową za otrucie ptomainami tworzącymi się na tle nekrozy koagulacyjnej. Zauważył on, że w zwęgleniu

(*combustio escharotica*), jeżeli ono rzeczywiście nie zajmuje zbyt wielkiego obszaru, o wiele lepszem jest rokowanie co do życia, aniżeli w przypadkach, w których mamy do czynienia z nekrozą koagulacyjną lub z oparzeniem drugiego stopnia. Na tle takiej nekrozy rozwijają się w razie dostatecznej ilości wody bakterye gnilne, które bądźto już przed tem w porach skóry się znajdowały, bądźteż później tam się dostały. Bakterye te, których warunki biologiczne znajdują w tej masie martwinowej zupełne zadowolenie, sprowadzają tworzenie się toksynów, które Lustgarten zalicza do rzędu trymetylaminów. Zasady te są substancyami pochodnemi choliny a Brieger znajdował je wszędzie, gdzie gniją ciała organiczne. Działanie tych toksynów uważa Lustgarten za analogiczne z muskaryną; odnosi on tu mianowicie wymioty (działanie na nerw błędny, mianowicie na splot żołądkowy), przypady szału, jakie czasem napotykamy u takich chorych, zwężenie źrenic i t. p. Jeżeli nie znajdujemy u oparzonych innych objawów, któreby za otruciem muskaryną przemawiały (jak ślinotok, tężec jelitowy i t. d.), to tłómaczy to Lustgarten tem, że nie mamy tu do czynienia z czystą muskaryną, ale prawdopodobnie z całą grupą zasad podobnych i analogicznych.

Teoryę swoją popiera autor skutkiem leczniczym, jaki uzyskał u chorej, u której występywały już wymioty i którą z tego powodu uważał za straconą. Chorej tej wstrzykiwał autor podskórnie siarkan atropinowy, mianowicie 5 miligramów w przeciągu 2 dni. Chora wyzdrowiała. Pracę swoją kończy autor wskazówkami terapeutycznemi a mianowicie poleca opatrzenie suche i wodę pochłaniające, jak magnezyę, *gypsum bituminatum* z dodatkiem środków przeciwgnilnych, aby o ile możności masy martwinowe utrzymać zdala od wilgoci, a gdzie tylko niema przeciwwskazania, usuwać je drogą chirurgiczną. Kąpiele ciągłe (łoże wodne), w których od czasu Hebry chorzy tacy w klinice tutejszej przebywają ciągle, poleca tylko w przypadkach nie dających żadnej nadziei wyzdrowienia.

Wszystkie te teorye nie uwzględniają jednak zupełnie wpływów szkodliwych, jakich doświadcza każdy narażający się na działanie gazów wytwarzających się skutkiem spalenia ciał organicznych. Wiadomo, że wraz z innymi wytworami spalenia wydziela się spora ilość ciał przyswędkowych, których własności toksyczne ogólnie są znane. Warto zatem zastanowić się, czy znacznej części objawów spostrzeganych u ludzi oparzonych, nie należy odnieść do działania tych istot trujących, które skutkiem spalenia powłok zewnętrznych ulegają bezsprzecznie wessaniu w znacznej stosunkowo ilości.

Pogląd ten skłonił mię do pracy, której celem byłoby systematyczne badanie wydzielin takich chorych pod względem obecności wyżej wspomnianych połączeń. Najstosowniej byłoby szukać ciał tych we krwi ludzi oparzonych, jednak postępowanie to napotkało na niemałe trudności. Pomijając już bowiem względną rzadkość przypadków oparzeń rozległych, które nadawałyby się przedewszystkiem do podobnych badań, rozważyć trzeba, że upust krwi u takich chorych nie zawsze jest możliwym i w znacznem zniszczeniu powłok zewnętrznych nader trudny; z drugiej strony badanie krwi nawet zaraz po śmierci nie doprowadziłoby do pewnych rezultatów. Zważywszy jednak, że ustrój pozbywa się wessanych wytworów przez wydzieliny, postawiłem sobie za zadanie badać dokładnie mocz owych chorych, polegając w tej mierze na doświadczeniu klinicznem, wykazującem, że stan takich chorych polepsza się, gdy bezmocz (anuria), towarzysząca regularnie przypadkom ciężkim ustępuje, przyczem i obfite wydzielanie się moczu uwalnia ustrój od nagromadzonego w nim jadu. Bezmocz ten stawał tu również na przeszkodzie w uzyskaniu dostatecznej ilości materyału do badania, miałem jednak sposobność rozporządzać w roku ubiegłym i z początkiem bieżącego, w klinice prof. Kaposiego dostateczną liczbą takich przypadków.

Przypadki, których przebieg nie łączył z wstrzymaniem wydzielania się moczu większego stopnia, lub gdzie wchodziła w rachubę posocznica (*septicaemia*), wyłączyłem w zupełności, jako takie, które nie przedstawiały czystego wzoru klinicznego oparzeń drugiego lub trzeciego stopnia.

Aby doświadczyć własności trujących moczu ludzi cierpiących na rany oparzelinowe, wstrzykiwałem większe lub mniejsze dawki moczu zwierzętom. Używałem do tych doświadczeń myszy białych i świnek morskich. Centymetr sześcienny moczu fizyologicznego wstrzyknięty podskórnie nie wywoływał u myszy żadnych objawów chorobowych, owszem przeciwnie myszy zachowywały się zupełnie prawidłowo we wszystkich swych czynnościach fizyologicznych. Dopiero po powtórzeniu dawki dawało się spostrzegać pewnego rodzaju znużenie, które po upływie kwadransa ustępowało. Ta sama dawka moczu, pochodzącego z chorego na rany oparzelinowe, wywoływała u myszy po kilku minutach wielką śpiączkę, która przechodziła po krótkim czasie w coma; a po kilku godzinach następowała śmierć, niekiedy pośród skurczów drgawkowych mięśniów tułowia i kończyn. Te doświadczenia powtarzałem niejednokrotnie, zawsze z tym samym skutkiem; niekiedy tylko śmierć następowała dopiero na drugi dzień po wstrzyknięciu. W niektórych przypadkach wystarczało już 5 podziałek strzykawki Pravaza do tego samego skutku, co tem bardziej zasługuje na uwagę, że nie może tu wchodzić w rachubę powiększenie się znaczne ciśnienia w naczyniach przez wprowadzenie do ustroju znacznych ilości płynu. Nie ulega więc wątpliwości, że mocz chorych na rany oparzelinowe znacznego stopnia okazuje własności trujące. Aby w przybliżeniu przekonać się, czy można te własności przypisać wytworom przyswędkowym w moczu, postanowiłem naprzód zrobić kilka doświadczeń z substancyami powstałemi ze spalenia z jednej strony istot organicznych, azot zawierających, z drugiej zaś ciał bezazotnych i przekonać się, w jakim stopniu i o ile wytwory te działają trująco na ustrój zwierzęcy. Jako wzoru ciał bezazotnych, użyłem do doświadczeń celulozy. 15 gramów celulozy ogrzewałem w naczyniu zamkniętem i wytwory ztąd powstałe przeprowadzałem przez 0·6% roztwór soli kuchennej z dodatkiem węglanu sodowego. Wstrzykiwanie podskórne tego roztworu w ilości od 3 do 5 podziałek strzykawki Pravaza nie wywoływało prawie żadnego skutku; dopiero po całej strzykawce popadały myszy w pewien stan senności i odrętwienia, z którego jednak budziły się bardzo rychło.

Z ciał azotnych użyłem do doświadczeń serumalbuminu (firmy H. Trommsdorff w Erfurcie). Ogrzewałem 5 gramów tego przetworu, przyczem postępowałem również w podobny sposób jak poprzednio. Doświadczenia na zwierzętach tym roztworem doprowadziły atoli do zupełnie odmiennych rezultatów; myszy zachowywały się zupełnie podobnie, jak po wstrzyknieniu moczu, popadały już po dawce 3 do 5 podziałek strzykawki w śpiączkę, później w odrętwiałość a śmierć następowała niekiedy już po kilku minutach. — Gdy doświadczenia te,

wielokrotnie także na świnkach morskich powtarzane, zawsze doprowadzały do tych samych rezultatów, zwróciłem się do jakościowego i ilościowego badania moczów, używanych do doświadczeń.

Przytoczę tu w krótkości opis kilku przypadków, które posłużyły mi do tych doświadczeń:

1) Matylda Wollinger, służąca, 16 lat licząca, poniosła ciężkie oparzenia wskutek zajęcia się jej ubrania płomieniem nieostrożnie przewróconej lampy. Chorą przyjęto do kliniki 16. kwietnia 1892. Chora wzrostu średniego, dobrze odżywiona, nie okazuje w narządach wewnętrznych żadnych zmian. Na kończynach górnych i częściowo na twarzy rany oparzelinowe. Przyskórek tworzy pęcherze surowicą wypełnione, na wielu miejscach przyskórka brak zupełnie. Ciepłota 39°, tętno 120. Przebieg choroby powolny, wydzielanie się moczu zatrzymane w miernym stopniu, przypadków żołądkowych niema. Wyzdrowienie po 5 tygodniach.

2) Franciszek Pillmayer, lat 4 liczący, oparzył się na całem ciele wskutek oblania się gorącym rosołem. Przyjęty do kliniki 8. maja 1892 r. Rany oparzelinowe całego ciała, z wyjątkiem kończyn dolnych. Przebieg przez pierwszy tydzień prawidłowy, w drugim tygodniu występują wymioty, bezmocz, przypady omdlenia i po kilku dniach śmierć.

3) Maciej Flaschka, lat 29, robotnik w fabryce gazu, spadł z dosyć znacznej wysokości do gorącego popiołu i odniósł rozległe oparzenie kończyn górnych i dolnych. Przyjęty 16. czerwca 1892 r. okazuje rozliczne rany oparzelinowe wszystkich kończyn. Chory często wymiotuje i uskarża się na bóle w kończynach. Śpiączka, w którą chory popadł w kilka godzin po przyjęciu go do kliniki, nie odstępuje go aż do śmierci wśród skurczów mięśniowych 3-go dnia. Bezmocz był w tym przypadku tak znaczny, iż zaledwie cewnikiem wydobyć zdołałem bardzo mało moczu.

4) Anna Groiss, 32 lat, praczka, poniosła znaczne oparzenie przez rozbicie palącej się lampy. Przyjęta została 4. sierpnia 1892. Upadek sił znaczny, śpiączka i wymioty. Rany oparzelinowe po całem ciele, na wielu miejscach ogniska nekrotyczne. Śmierć nazajutrz.

5) Józef Frank, lat 21, wyrobnik, wpadł do rowu wypełnionego niegaszonem wapnem. Przyjęty dnia 1. sierpnia 1892. Rozległe oparzenia drugiego i trzeciego stopnia. Śmierć wśród śpiączki i drgawek trzeciego dnia po przyjęciu.

Nie chcę przytaczać tu kolejno wszystkich przypadków oparzeń, jakie obserwowałem podczas całego swego pobytu w klinice tutejszej; ograniczyłem się tylko do powyższych, jako stosunkowo najcięższych, które przedewszystkiem nadawały się do badań tego rodzaju. (Dok. nast.)

II. O obecnem stanowisku cholery azyatyckiej w nauce ze względu na jej etyologią i szerzenie się.

ODCZYT

Dra A. Krokiewicza

na posiedzeniu jubileuszowem ku uczczeniu 25-letniego istnienia Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

(Dok. Patrz Nr. 5.)

Typowe przykłady popierające zapatrywanie się kontagionistów przedstawia nam tegoroczna epidemia w Galicyi i w Krakowskiem a mianowicie w Wołowcu (w pow. gorlickmi) w powiecie wielickim, w Krakowie, w powiecie husiatyńskim, borszczowskim i t. d.

Do Wołowca zawleczoną została cholera z Hamburga przez 35-letnią kobietą Ksenię Hatalewiczową, która w powrocie z Ameryki przybyła w dniu 3-im października do Hamburga i tamże przez 5 dni pozostawała w obserwacyi w domu ubogich. Skoro lekarz przekonał się po 5 dniach o doskonałym stanie jej zdrowia, opuściła Hamburg 8-go października i pojechała do Wołowca, nie zatrzymując się nigdzie, przez Kraków, Tarnów i Gorlice. Dnia 11. października przybyła do Wołowca. Następnego dnia zachorowała wśród objawów cholerycznych. Matka jej, Anna Kołotyłowa, która koło chorej chodziła i pielęgnowała ją, zachorowała 3-go dnia na cholerę i zmarła dnia następnego. Równocześnie zachorowała siostra Hatalewiczowej, która matkę i siostrę pielęgnowała, mieszkająca w tym samym domu co Hatalewiczowa i brat jej, mieszkający oddzielnie z matką Kołotyłową. Wszyscy ci ludzie komunikowali się ściśle ze sobą przez cały ten czas i oddawali się ekscesom in Baccho, radując się z powrotu krewnej. Zaraza ograniczyła się jedynie tylko na dwie chaty, w oddaleniu od siebie pozostające a przez powyższe osoby zamieszkane, dzięki energicznym zarządzeniom władz sanitarno-policyjnych w myśl nauki kontagionistów. Reszta mieszkańców tej wsi, chociaż, jak wywiady okazały, oddawała się libacyom po śmierci Kołotyłowej, została wolną od cholery, pomimo iż przebywała w tych samych warunkach miejscowej i czasowej dyspozycyi, a to dlatego, że nie miała bliższej styczności z zapowietrzonymi, lecz nawet stroniła od nich z przestrachu. Dodać przytem należy, iż Wołowiec leży w górskiej okolicy, na ziemi okrzemkowej, nieprzepuszczalnej i cieszy się względnie bardzo korzystnymi stosunkami sanitarnymi.

Podobnie w Podgórzu i Krakowie. W Podgórzu pierwszy przypadek wydarzył się u Zadenckiej. Zkąd ta zachorowała na cholerę, z pewnością nie wiadomo. Dalsze jednakże przypadki cholery od niej dadzą się wywieść; ograniczają się bowiem do najbliższego sąsiedztwa i można pomiędzy nimi wykazać łączność. Podgórze leży niżej niż Wisła i z tego powodu nie ma kanalizacyi. W domach są doły kloaczne i, aby te się nie przepełniały, odprowadza się zazwyczaj wszelkie nieczystości jak pomyje, mydliny i t. d. rynnami spustowemi na podworzec. W zabudowaniach, w których wybuchła cholera, na podworcach nie należycie brukowanych, znajdowały się rynsztoki, prowadzące z jednej strony do studzien, z drugiej zaś do nadzwyczaj prymitywnie urządzonych wychodków i ścieków na pomyje. W rynsztokach tych długo zatrzymywała się woda i następnie wylewała się do rynsztoków ulicznych. Owóż przekonano się z całą pewnością, iż stolce Zadenckiej, wylewane przez taką rynnę, dostawały się przez nią do rynsztoku na podworzec. Na podworcu tym bawiły się dzieci i zaraz na drugi dzień zachorowało z nich jedno na cholerę. Trzeci przypadek tyczył się służącej, której pani sąsiadującą z nią Zadencką w czasie choroby odwiedzała. Czwarty przypadek i piąty wydarzył się znów w domu przyległym bezpośrednio do domu, w którym służąca zachorowała. Oba domy oddzielone były od siebie zaledwie parkanem murowanym, przyczem ściana wychodków, do których uczęszczała chora służąca, była nietynkowana i przez nią przeciekał kał na podworzec ostatniego zabudowania.

Tymczasem wymienioną służącą przenoszą z Podgórza do szpitala św. Łazarza w Krakowie, gdzie też wkrótce umiera. Spełniająca posługę koło niej dziewczyna szpitalna dostaje miernej biegunki cholerycznej a praczka, która prała jej bieliznę, ciężkiej cholery.

Zarówno przedostatni chory z Podgórza przenosi zarazę do Krakowa a to w ten sposób, iż uczęszczając w czasie choroby do szynku, zaraża tamże naprzód szynkarkę, od której dostają cholery trzy osoby.

Cholera przycicha w Podgórzu i Krakowie na niespełna tydzień, aby gwałtowniej wybuchnąć w ostatnim. Pojawienie się powtórne cholery w Krakowie, jak to ścisłe wywiady wykazały, znów należy zawdzięczyć tej okoliczności, że robotnik czyszczący w Podgórzu kanał w tym domu, w którym zmarła Zadencka, przeniósł przyrzut do swego mieszkania a ztąd dopiero rozszerzyła się potem epidemia na dom cały i dzielnicę i t. d. Z Podgórza rozszerzyła się epidemia i na sąsiednie gminy, zwłaszcza na miejscowość Piaski Wielkie, w których z powodu zatajenia pierwszych przypadków a tem samem i braku zarządzenia odpowiednich środków zapobiegawczych, epidemia wystąpiła dość mocno, skoro w przeciągu kilkunastu dni w miejscowości liczącej 1324 dusz zachorowało 29 osób. Dodać przytem należy, że prawie wszystkie domy zapowietrzone w Piaskach Wielkich znajdowały się w jednej grupie i komunikacya między ich mieszkańcami była żywa.

Że przez chorego na cholerę szerzy się epidemia i że taki chory wytwarza przyrzut zdolny zakazić każdego zdrowego człowieka, niezależnie od czasowych i miejscowych warunków ziemi, dowodzi tegoroczna epidemia w Szydłowcach, w powiecie husiatyńskim i t. d. Do Szydłowiec zawleczono cholerę azyatycką ze strony rosyjskiej i pomimo zimy ostrej, śniegów leżących na polach i zamarznięcia rzek w powiecie i w samej miejscowości, wystąpiła dość gwałtownie a ograniczyła się też przeważnie na domy w jednej grupie i wśród jednych i tych samych rodzin tak dalece, że nawet odosabnianie samych tylko chorych osób okazało się niemożebnem i musiano odosabniać w celu ograniczenia cholery całą zapowietrzoną grupę domów ze wszystkimi mieszkańcami.

Na większą skalę dostarczają nam przykładów Indye. Sprawozdania rządowe z r. 1864, 1867, 1868, 1870, 1872 i t. d. stwierdzają wymownie, iż w Indyach szerzenie się cholery pozostaje szczególnie w ścisłym związku z pielgrzymkami. Miejscowości, n. p. Hurdwar i Puri, odwiedzane bywają rok rocznie przez niezliczone tłumy pielgrzymów, których bywa niekiedy przeszło milion, schodzących się tam prawie z całych Indyj. Pielgrzymi pozostają tam przez kilka tygodni, muszą się mieścić gromadnie po ciasnych izdebkach i są skazani na bardzo nędzne życie. Również w tych miejscowościach znajdują się wszędzie tangi, w których tysiące ludzi się kąpie a potem wodę pije. Te okoliczności sprawiają, że skoro przypadkowo wybuchnie cholera pomiędzy pielgrzymami, ogarnia rychło całe tłumy i następnie bardzo łatwo rozchodzi się po całych Indyach.

Statystyka szczegółowa od r. 1869 do 1888, przytoczona przez Dra Towsenda, wykazuje, iż w środkowych prowincyach Indyj aż po r. 1875 cholera albo nie panowała wcale albo też w nieznacznym stopniu występowała; dopiero od r. 1875 zmieniły się stosunki a to jedynie dzięki zaprowadzeniu komunikacyi kolejowej między Kalkutą a Bombayem, i naówczas cholera pierwotnie zawsze się pojawiała wzdłuż szlaków komunikacyjnych. Również Dr. Towsend mógł przekonać się niejednokrotnie, że cholera najgroźniej grasowała w okręgach Shakpur i Shapura, o gruncie skalistym i nieużytecznym, gdzie więc tylko człowiek a nie ziemia mógł pośredniczyć w szerzeniu się przyrzutu cholerycznego i t. d. Za szerzeniem się cholery przez ludzi przemawiają i fakta rozliczne z tegorocznej epidemii a szczególnie szerzenie się cholery w Rosyi wzdłuż Wołgi, ale w kierunku przeciwnym jej biegowi.

Okoliczność, że lekarze i służba, zajęta przy cholerycznych, nie ulegają częściej zakażeniu, niż inne osoby nie mające nic do czynienia z chorymi, chcą lokaliści wyzyskać dla poparcia swej teoryi, że chorzy choleryczni nie wytwarzają przyrzutu zdolnego do zakażenia. Na dowód przytacza Pettenkofer cyfry statystyczne, gdzie n. p. według zestawienia Günthera podczas epidemii w Saksonii w r. 1873 na 50 lekarzy zajętych ani jeden nie umarł; podczas epidemii w Monachium w r. 1873/4 na 200 lekarzy zachorowało 5 a tylko 2 umarło; w r. 1866 podczas największej epidemii w Niemczech nikt nie umarł ze 150 lekarzy zatrudnionych leczeniem cholery. Kopp w sprawozdaniu jeneralnem o epidemii cholery w Monachium w r. 1836/7 na toż samo zwraca uwagę. Według statystyki Cuminghama podczas wielkich epidemij cholery w Indyach na 59 szpitali zaledwie w 8-u było po jednym chorym posługaczu a tylko w jednym szpitalu cholerycznym zachorowało aż 11 posługaczy.

Natomiast odmiennie rzecz się przedstawia na podstawie innych statystyk. Według Griesingera (*die Infectionskrankheiten*) chorowało na cholerę w Moskwie w roku 1830 30—40% personalu szpitalnego; w Berlinie w roku 1831 w szpitalu cholerycznym Romberga z personalu służbowego, liczącego 115 osób, zachorowało 54; a w r. 1837 z 70 posługaczy zachorowało na cholerę 14 a z tych naraz jednego dnia 7; w Paryżu w Charité w r. 1849 co szósty z posługaczów chorował; w szpitalu wiedeńskim z 36 posługaczek zmarło 7 w r. 1854 na cholerę i t. d. Dlaczego zaś w ogóle lekarzy i służby szpitalnej, mających do czynienia z cholerycznymi, zazwyczaj cholera oszczędza, tłómaczy Dr. Wolter w artykule, omawiającym zeszłoroczną epidemią cholery w Hamburgu (*Ein Rückblick auf die Choleraepidemie in Hamburg. Berl. klin. Wochschrift.* 46, r. 1892), który powiada: Służący pielęgnujący pouczeni o istocie cholery nie chorowali, ale ich rodziny niepouczone zapadały na cholerę; jeden służący z zakładu anatomii patologicznej stracił na cholerę całą rodzinę — i tylko sam ocalał.

Nie uważając świeżych odchodów cholerycznych za siedzibę jadu cholerycznego zdolnego do zakażenia, odrzuca Pettenkofer desinfekcyą wszelką odchodów ludzkich, jako nie mającą celu, a dla uzasadnienia swego twierdzenia i zaznaczenia, iż prątek przecinkowy Kocha, znajdujący się w dejektach chorych, nie jest wcale chorobotwórczym dla cholery, ucieka się sędziwy nestor do doświadczenia na samym sobie i wspólnie z prof. Emmerichem wypija kulturę bulionową prątka przecinkowego — niejako dejekcye choleryczne. Wynik doświadczenia tego, powszechnie przez dzienniki polityczne, pochwycony powszechnie jest też znany. Pettenkofer przez kilka dni miał doznawać lekkiej biegunki a Emmerich prawdziwej choleryny — i obaj w kale swym znajdowali prątki przecinkowe. Jeżeli atoli sędziwy nestor higieników sądził, iż tem doświadczeniem poparł swą teoryą, to się bardzo omylił. Owszem sam mimowolnie pobił się własną bronią a doświadczeniem na samym sobie poparł tylko kontagionistów.

Wiadomo bowiem, iż prątek przecinkowy Kocha nie w każdym przypadku musi wywołać cholerę, lecz że do

tego potrzebuje odpowiednich warunków w ustroju a mianowicie słabo alkalicznego oddziaływania soku żołądkowego. Oznaczyć zaś tej granicy alkaliczności dla soku żołądkowego, stósownej dla rozwoju prątka przecinkowego Kocha, dotychczas się nie udało a zdaniem mojem zadanie to trudne jest do rozwiązania. Że tak jest a nieinaczej, dowodzi doświadczenie z hodowaniem prątka cholerycznego Kocha po za ustrojem, na pożywkach sztucznych a mianowicie na galarecie. Ta sama hodowla stósownie do oddziaływania pożywki t. j. do stopnia jej alkaliczności odmienny okazuje rozwój ze względu na szybkość i postać drobnowidową; przyczem dodać należy, iż tę pożywkę sporządza się zawsze według jednakiego przepisu. W laboratoryum tutejszem c. k. krajowej Rady Zdrowia mogliśmy o tej okoliczności nieraz przekonać się w czasie tegorocznej epidemii. Zwrócił na tę okoliczność uwagę obecnie i Dr. Maks Dahmen (*Centralblatt f. Bacteriologie u. Parasitenkunde Bd. XII. No 18. Nährgelatine als Ursache negativen Befundes bei Untersuchung der Faeces auf Cholerabactcrien*), który wykazał, że alkalizując pożywkę galaretową według przepisu nie zawsze dochodzi się do jednakiego wyniku, lecz że to zależy jeszcze od innych pobocznych czynników n. p. czasu gotowania i t. d. Owóż Pettenkofer, alkalizując w ten sam sposób sok żołądkowy u siebie samego i u Emmericha, otrzymał różne rezultaty. Sam wyszedł, rzec można, zwycięsko, prawie bez szwanku, gdyż nie udało mu się odpowiednio zalkalizować soku żołądkowego; atoli jego towarzysz przebył typową cholerynę azyatycką, bo sok żołądkowy został już stosowniej zalkalizowany dla rozwoju prątków przecinkowych. Gdyby zaś Pettenkoferowi udało się w trzecim przypadku należycie przygotować oddziaływanie soku żołądkowego dla prątków przecinkowych cholerycznych, niezawodnie wywołałby u tej trzeciej osoby obraz ciężkiej cholery.

Że zaś Emmerich przebył typową cholerynę azyatycką, dowodzi tego przebieg kliniczny choroby i badanie bakteryologiczne kału.

Przypadek Emmericha znajduje potwierdzenie w czasie tegorocznej epidemii w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, o czem już poniekąd wspomniałem. Tyczy się to mianowicie posługaczki szpitalnej, która obsługiwała chorą służącą na cholerę, przywiezioną tamże z Podgórza. Posługaczka ta zaraziła się od tej chorej służącej z Podgórza a dostała choleryny tak słabej, iż nadal oddawała się swemu zajęciu; tymczasem praczka, piorąca jej rzeczy, uległa cholerze azyatyckiej ciężkiej tak pod względem klinicznym, jak i bakteryologicznym. Nie ulega też wątpliwości, iż i ta choleryna u Emmericha w razie zaniedbania odpowiednich środków ostrożności mogłaby była pociągnąć za sobą przypadki cholery azyatyckiej w Monachium podobnie, jak to wydarzyło się w Krakowie.

Według Kocha i kontagionistów prątek choleryczny zyskuje szczególnie korzystny grunt do swego rozwoju u osobników, u których czynność wydzielnicza soku żołądkowego w zależności czy to od wpływów nerwowych, czy też od zmian anatomo-patologicznych ulega niedomodze i zmienia się jakość i ilość soku żołądkowego. Epidemia zeszłoroczna cholery w Galicyi dosadnie to stwierdziła. U chorych na cholerę można było wszędzie wykazać nieprawidłowe funkcye żołądka czy to przez ciążę (Zadencka i t. d.), czy to skutkiem błędów dyetetycznych, zwłaszcza po nadużyciach in Baccho.

Że prątek przecinkowy Kocha jest swoisty (specyficzny) dla cholery azyatyckiej, wbrew ujemnemu skutkowi doświadczenia na zwierzętach, wykazuje stałe pojawianie się jego u chorych cholerycznych podczas każdej epidemii wyłącznie tylko cholery azyatyckiej. Podnosi to Koch, Babes, v. Ermengam, Nicati, Rietsch, Watson Cheyne (epidemia w Paryżu) Doyen, Hüppe, Guttmann, Neumann, Schottelius (epidemia w Turynie), de Simone (epidemia w Palermo 1885), Canestrini, Morpugo (epid. w Padwie) Tizzoni i Cattani (epidemia w Bolonii) Gruber, Weiser, Frank, Pfeiffer, Weichselbaum, Lustig (epid. w Tryeście), Zäslein (epid. w Genui 1886) Baistrochi (epid. w Parmie 1885) Roy, Brown Sherington (epidemia w Madrycie 1885) Shakespeare, Gaffky Banti (epid. w Florencyi) Guttmann, Bujwid i my. Wszyscy ci autorowie badali szczegółowo epidemie cholery i zawsze w dejektach tylko chorych cholerycznych znajdowali prątki przecinkowe. Według naszego doświadczenia na 40 przeszło przypadków podejrzanych o cholerę azyatycką tylko w 8 znaleźliśmy prątek przecinkowy Kocha a tam, gdzieśmy go znaleźli, cholera wystąpiła prawie wszędzie epidemicznie i jedynie dzięki energicznemu i rozumnemu działaniu władz sanitarno-policyjnych w myśl teoryi kontagionistów opanowano ją w zawiązku i nie dozwolono jej przybrać wielkich rozmiarów: w dwóch bowiem tylko miejscowościach tj. w Zachwiejowie (w pow. wielickim) i w Dąbrowicy (w pow. niskim) cholera wystąpiła sporadycznie u flisaków, którzy z Rosyi niedawno powrócili z okolic zapowietrzonych i na cholerę zmarli.

Patogeneza prątka przecinkowego Kocha dla cholery azyatyckiej tem bardziej dla nas musi być pewnikiem, żeśmy rozpoznali li tylko na podstawie jego obecności, wbrew odmiennemu wynikowi sekcyi i twierdzeniu anatomo-patologicznemu z całą pewnością cholerę azyatycką w Podgórzu, co też następne badania i przebieg epidemii pod każdym względem stwierdziły w zupełności. Nekroskopia bowiem zwłok Zadenckiej, w pierwszym przypadku cholery w Podgórzu, wykluczyła stanowczo możebność istnienia cholery azyatyckiej z powodu owrzodzeń dyfterytycznych jelita i początków zapalenia otrzewny, podczas gdy badanie bakteryologiczne treści jelita cienkiego z tejże zmarłej, dokonane w tutejszem laboratoryum c. k. Krajowej Rady Zdrowia, wykryło czyste hodowle prątka przecinkowego Kocha, na podstawie czego rozpoznano cholerę azyatycką.

Wreszcie już ta okoliczność, iż w Galicyi i wszędzie tam, gdzie od początku postępowano w myśl teoryi prątka przecinkowego Kocha, jak n. p. w Berlinie i t. d., gdzie więc zwracano ścisłą uwagę na odrażanie dejekcyj chorych cholerycznyh, ich odosobnianie, jak najściślejszą desinfekcyą rąk i t. d. epidemią tak świetnie stłumiono prawie w samym zarodzie, jest niepomiernym dowodem prawdziwości nauki kontagionistów.

Dla wyczerpnięcia, ile możności, naszego tematu, należy przytoczyć jeszcze zapatrywanie się Rosenbacha i Petera oparte na ostatniej epidemii. Rosenbach w artykule: *„Der Commabacillus, die medizinische Wissenschaft und der ärztliche Stand* (*w Münchener med. Wochsch. N. 42. 1892*) tak mniej więcej streszcza swoje zapatrywanie się: Prątki nie wywołują cholery; właściwą istotą cholery jest niedomoga czynności jelit, która sprzyja rozwojowi nietylko prątków cholerycznych, ale i innych pasożytów jelita. Ani teorya o prątku przecinkowym, ani teorya o wodzie gruntowej

nie tłómaczą dostatecznie epidemicznego pojawiania się cholery. Przyczyny cholery jak i innych chorób zakaźnych nie należy szukać w jakimś zarazku, lecz w pewnych czynnikach, które pobudzają bardzo przewód pokarmowy do czynności, tak dalece, że słabsze osobniki ulegają tym zwiększonym wymaganiom. W ogóle autor uważa za zbyteczne wszelkie środki ochronne przed zakażeniem.

Peter zaś w czasopiśmie: *Gesundheit* (*Zeitschrift für öffentliche und private Hygiene* N. 21 r. 1892) wypowiada: Cholera jest zatruciem organizmu przez ptomainy lub inne toksyny. Te ptomainy wytwarzają się w przewodzie pokarmowym i ze swej strony zatruwają ustrój i jego *bacterium coli*, które jako takie, lub uległszy przekształceniu, ale zatrute staje się zarazkiem, rozszerzającym jad cholery azyatyckiej.

Nad temi dwoma ostatniemi zapatrywaniami się uważam sobie za obowiązek przejść do porządku dziennego, jako nad przypuszczeniami nie mogącemi na razie wytrzymać krytyki naukowej.

Tak więc, rozpatrując dziś stanowisko cholery azyatyckiej w nauce ze względu na jej etyologią i szerzenie się, musimy najwięcej hołdować teoryi kontagionistów, która przyjmuje za swą podstawę obecność prątka przecinkowego Kocha, znajdującego się w dejektach chorych cholerycznych, zdolnego sprowadzić samoistnie zakażenie ustroju ludzkiego przez dostanie się w przyjaznych warunkach do przewodu pokarmowego czyto przez wodę, czy przez pokarmy, czy w ogóle przez wilgotne pośredniki; z prawdziwem zadowoleniem i dumą musimy powtórzyć prawie dosłownie to, co rodak nasz Dr. Wiewiórowski już przed 26 laty, gdy bakteryologia jeszcze była w pieluchach, wypowiedział na chwałę i na pożytek naszemu narodowi. Musimy wypowiedzieć: *„iż cholera rozszerza się z ognisk“*, *„iż środkom zapobiegawczym, którym za podstawę służy ta okoliczność, że w stolcach ryżowych chorych na cholerę azyatycką znajduje się prawdziwy jad choleryczny, zawdzięczać należy ograniczanie epidemii“*, *„iż ten jad prawdziwy choleryczny stanowią wibryony (prątki przecinkowe) okazujące tak żywe ruchy, że obraz drobnowidowy staje się podobnym do roju żywych komarów“* i *„że zakażenie ustroju następuje przez połknięcie tychże wibryonów, które następnie działają na przewód pokarmowy i ustrój przez właściwy rozkład.“*

III. Oceny i sprawozdania.

W. H. Krajewski: **O chirurgicznem leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu.** (Odczyty kliniczne s. IV Zeszyt 12).

Pracę kol. Krajewskiego skwapliwie wziąłem do ręki uznając w zupełności ważność sprawy we wstępnych słowach zaznaczoną.

Kol. K. opowiada dwa przypadki pęknięcia macicy podczas porodu i podaje sposób, w jaki je operował. W pierwszym znalazł pęknięcie przebijające do jamy otrzewnowej po stronie prawej i biegnące w kierunku podłużnym wzdłuż całej szyi macicy i górnej części pochwy; znaczny krwotok z części rodnych zewnętrznych. K. wykonał laparotomiją, zatamował krwotok pochodzący z brzegów pęknięcia, następnie wyciął macicę całą wraz z pękniętą częścią pochwy a trąbki i jajniki pozostawił. Chora wyzdrowiała. W drugim przypadku położenia poprzecznego, zaniedbanego, z wypadnięciem rączki, nóżki i pępowiny, rozpoznał pęknięcie macicy bez otwarcia jamy otrzewnowej, płód w rozkładzie, odmę macicy (*physometra*).

K. wykonał cięcie cesarskie, wydobył płód, zatamował miejscowo krwotok a następnie przekonawszy się, że w dole szyi macicy jest poprzeczne pęknięcie, odciął macicę w wysokości jego, jajowody zaś i jajniki pozostawił. Z powodu upadku sił chorej zaniechał zamiaru wycięcia reszty macicy, tylko wytworzony kikut wszył w dolny brzeg rany brzusznej. Chora trzeciego dnia umarła.

Omawiając szczegółowo oba przypadki żałuje, że był zmuszony usunąć rozkładający się płód drogą sztuczną przez powłoki brzuszne, jak niemniej, że nie mógł w drugim przypadku wyciąć całej macicy wraz z szyją, jak to był zamierzył, i przypisuje tym dwom okolicznościom niekorzystne zejście przypadku. Na podstawie wyż pomienionych przypadków i literatury tego przedmiotu przychodzi do następujących wniosków:

Wszystkie przypadki pęknięć macicy dzieli na niezakażone i na zakażone lub podejrzane.

W przypadkach niezakażonych, jeżeli pęknięcie nie przenika do jamy otrzewnowej i niema krwotoku, radzi drenować pęknięcia pochwy gazą jodoformową i uciskać brzuch; jeżeli jest krwotok, postępowanie jak wyżej, a gdy to nie prowadzi do celu, zrobić cięcie Bardenheuera, dojść pod otrzewną do miejsca krwawiącego, skrzepy usunąć, krwotok chirurgicznie zatamować, gazą jodoformową przedrenować jamę podotrzewnową i pochwę, worek Mikulicza do jamy otrzewnowej.

Dalej w przypadkach niezakażonych, gdy pęknięcie macicy przenika do jamy otrzewnowej, jeżeli niema krwotoku, radzi ściągnąć ostrym hakiem trzon macicy ku dołowi, ustawić go stósownie, wytamponować rozdarcie, macicę i pochwę gazą jodoformową, ucisk na brzuch; jeżeli zaś jest krwotok, zrobić laparotomią, zatamować krwotok miejscowo a, gdyby to się nieudawało, wyciąć macicę w celu opanowania krwotoku. Jeżeli krwotok bez wycięcia macicy daje się utamować, radzi zeszyć pęknięcie i opatrzeć stósownie. Gdyby brzegi pęknięcia były zbyt poszarpane lub niedawały się należycie zespoić, trzeba wyciąć macicę z całem pęknięciem a kikut umieścić poza otrzewną.

W przypadkach podejrzanych lub napewno zakażonych, gdy pęknięcie nie przenika do jamy otrzewnowej, niema krwotoku, usunąć całą macicę popod otrzewną przez pochwę; jeżeli zaś jest krwotok, wykonać cięcie Bardenheuera, zatamować krwotok i wyciąć popod otrzewną macicę tą drogą, a gdyby się nie dawało, przez pochwę.

W przypadkach wreszcze zakażonych lub podejrzanych, gdy pęknięcie przenika do jamy otrzewnowej bez względu, czy jest krwotok, czy nie, wykonać laparotomią, jamę brzuszną oczyścić i całą macicę wyciąć, otwór w otrzewny zaszyć, od pochwy wytamponować gazą jodoformową, do jamy otrzewnowej worek Mikulicza.

Praca kol. K., aczkolwiek jest cennym nabytkiem w naszem piśmiennictwie, stanowiąc głos wytrawnego i doświadczonego chirurga, to przecież odczuć w niej można, że autor nie jest z zawodu położnikiem, co też sam przyznaje i zastrzega się w tej mierze na str. 9tej i 13tej.

Przykre zaiste wrażenie robi opowiadanie historyi choroby przypadku 2go, którą, zda mi się, autor w błąd został wprowadzony. Opowiadanie to wykazuje szereg błędów położniczych. Lekarz czynny przy porodzie podaje, że wykonał acz z wielką trudnością obrót, podczas gdy z opisu podanego poniżej przez kol. K. wypada, iż na drugi dzień wieczorem znalazł położenie płodu poprzeczne z wypadnięciem rączki, nóżki i pępowiny. O dokonaniu obrotu w położeniu poprzecznem mówimy wówczas, gdy położenie poprzeczne zamieniono na podłużne, gdy sprowadzona nóżka znachodzi się po kolanko na zewnątrz przed częściami rodnemi, a temsamem, gdy pośladki są ustalone we wchodzie miednicy. W obec miednicy prawidłowej, zupełnego prawie rozwarcia ujścia macicy, ekstrakcya płodu donoszonego, prawidłowego, nie napotyka nigdy na trudności.

Lekarz czynny przy porodzie sprowadził tylko nóżkę do pochwy, obrotu nie dokonał i robił daremne wysilenia pociąganiami za nóżkę. Skoro się obrót na nóżkę jedną nie

udawał, należało sprowadzić drugą nóżkę, tem bardziej, że było położenie płodu Isze z wypadnięciem rączki lewej, czyli brzuszkowe. Gdyby i to nie prowadziło do celu, należało wykonać podwójny zabieg Smelliego. Skoroby i to (co wątpię) nie prowadziło do celu, należało po przekonaniu się, że pępowina nie tętni, przystąpić do wypaproszenia płodu i ukończenia porodu.

Jakiego postępu porodowego oczekiwał kolega, nie rozumiem; dlaczego trzymano rodzącą w tym stanie 24 godzin i dopiero na drugi dzień wieczorem przeniesiono do oddziału chirurgicznego? Trzeba było już zaraz to uczynić, jeżeli kol. nie mógł sobie dać rady!

Wypaproszenie płodu niebyło, zdaje mi się, przeciwskazane i później, gdyż zabieg ten ostrożnie wykonany jest dla rodzącej zabiegiem łagodnym, po którym uzyskałoby się tyle miejsca, iż można było potem poród ukończyć, czy to przez naśladowanie dobrowolnego wytoczenia, czyto przez oddzielenie główki od tułowia i t. d. Zabiegi te nie byłyby dla matki tak szkodliwe, jak wyczekiwanie i przenoszenie do innego zakładu w tym stanie osoby nie rozwiązanej i wykonywanie cięcia cesarskiego w obec płodu gnijącego.

Słusznie kol. K. mówi, że, gdyby macica była wypróżniona, łatwiejby było operować i mógłby był operować tak w drugim, jak w pierwszym przypadku. Na stronie 12tej między wywodami stara się nawet autor podać sposób, jak by jeszcze w takich razach można postępować, aby przecież urodzić płód drogami naturalnemi i radzi to czynić po laparotomii.

Co do przebiegu operacyi w tym przypadku, nadmienić tylko muszę, iż odejmowanie rączki i nóżki było zbyteczne, gdyż uznaje się w położnictwie, że części drobne wypadłe nie przeszkadzają w żadnym zabiegu. Równie też sądzę, że, jeżeli po dokonaniu cięcia cesarskiego podczas wydobywaniu płodu pękła szyja po stronie prawej, to nie mogło to się stać z przyczyny wklinowania płodu w ujściu, tylko albo to pęknięcie już było a spostrzeżono je dopiero podczas wydobywania płodu, albo wyciągano płód w kierunku niewłaściwym.

Myśl kol. K. drążenia popod otrzewną do pęknięcia niezupełnego sposobem Bardenheuera jest bardzo piękna; czy jednak tamowanie krwotoku w głębi tą drogą, jak to na str. 13 proponuje autor, byłoby zawsze łatwem i możebnem, doświadczenie musi rozstrzygnąć. Na tejże stronie oświadcza autor, iż, gdyby część macicy poniżej pęknięcia, zaciskająca wypadłe do pochwy części płodu, była wązka, niewahałby się przeciąć jej aż do sklepienia; nadmienić tutaj muszę, iż mamy sposoby rozszerzenia ujścia mało rozwartego i szyi macicy i możemy go dokonać od pochwy, jużto sposobem tępym zapomocą balonu Brauna, już też przez nacięcie brzegów nożem.

Co do podziału na str. 17tej, sądzę, iż w dobrze urządzonym zakładzie, jak niemniej i w praktyce prywatnej pod okiem położnika, macica pęknąć nie powinna i musimy przyjąć za zasadę: że pęknięcie macicy jest skutkiem błędu lub zaniedbania położniczego. W obec tego ze względu na zakażenie możemy mówić w ogóle tylko o przypadkach badanych i niebadanych. Niebadane możemy zaliczyć do pierwszej, badane zaś do drugiej kategoryi.

Podnieść należy, co autor zaznacza, że on pierwszy wyciął całkowicie macicę wraz z częścią pochwy z powodu pęknięcia macicy i pochwy w pierwszym opisanym przypadku i uzyskał skutek pomyślny. Na postępowanie to kładzie autor szczególny nacisk rokując po tym zabiegu pomyślne wyniki. Również z naciskiem zaznacza, iż w obu przypadkach z umysłu pozostawił jajniki i jajowody. Że wyłuszczenie macicy popod otrzewną da się zrobić w przypadkach porodowych łatwiej, niż kiedyindziej, jestem przekonany; sądzę jednak, że zabieg ten wykonywany czy to przez pochwę, czy też, jeżeliby się dało, drogą sposobu Bardenheuera, wymaga dość dużo czasu, co w tych przypadkach nie może być obojętnem.

Wywody kol. K., skrzętne zużytkowanie literatury, krytyczne i oryginalne poglądy, których wartość wykaże doświadczenie i statystyka, zajmują znaczną część pracy. Na razie odsyłamy czytelnika do oryginału tem chętniej, że pracę, o której mowa, każdy ginekolog przeczytać musi z wielkiem zajęciem, że jej należy się bardzo poczestne miejsce w piśmiennictwie naszem. *Prof. Mars.*

Ginekologija.

J. Makawajew: **Kąpiele mineralne podczas prawidłowej i patologicznej menstruacyi.**

W odległości 350 km. na południe i wschód od Petersburga leży miasto i zarazem miejsce kąpielowe Staraja Russa. Zdroje te mineralne należą do grupy solanek jodo-bromowych i według rozbioru prof. Sokołowa zawierają 13‰ soli kuchennej a 0·03‰ chlorku bromu. Wód używają dc kąpieli mineralnych, oprócz nich ordynuje się w temże zdrojowisku kąpiele błotne i kąpiele z dodatkiem przetworów igliwiowych. Od wielu lat praktykuje tam Makawajew, jako lekarz zdrojowy. Na podstawie licznych spostrzeżeń przyszedł on do przekonania, że zasada, przestrzegana przez balneologów i lekarzy chorób kobiecych, jakoby kąpiele w czasie miesiączki były przeciwwskazane, jest zupełnie niesłuszna. Kąpiele mineralne mają, jak sądzono, podnosić parcie krwi, sprowadzać przekrwienie macicy a więc usposabiać do krwotoku podczas miesiączki.

Na podstawie wywodów teoretycznych, opartych głównie na kilku pracach autorów rosyjskich, przychodzi Makawajew do przekonania, że kąpiele mineralne o ciepłocie obojętnej (28° R.) nie mogą wywoływać przekrwienia w organach wewnętrznych a więc usposabiać do krwotoków macicznych; owszem należy się spodziewać zmniejszenia nadmiernego krwawienia. Autor zauważył nadto, że kąpiele mineralne i błotne wywołują skurcze mięśniów gładkich w organach wewnętrznych (jelita, pęcherz moczowy, macica); mogą przeto wzniecić poronienie, ale wskutek skurczu podczas obfitej miesiączki muszą się przyczyniać do zmniejszenia krwawienia. Wierząc w prawdę tych wywodów teoretycznych, postanowił Makawajew w r. 1888 wprowadzić je w praktykę; dla pewności jednak rozpoczął robić doświadczenia na pacyentkach, których regularność pod żadnym względem nie zbaczała od prawidła. Gdy wbrew ogólnemu zapatrywaniu się balneologów, używanie kąpieli podczas miesiączki nie wpłynęło bynajmniej niekorzystnie na jej przebieg, rozpoczął autor ordynować kąpiele także u osób z cierpieniami kobiecemi i obfitą regularnością. I tu wyniki były nadspodziewanie dobre.

W sposób wyczerpujący zestawia autor statystykę swoich spostrzeżeń (149 pacyentek) i dochodzi w końcu do następujących wyników: Kąpiele w Staraja Russa, stosowane podczas miesiączki, nie wpływają na nią niekorzystnie, owszem mają wpływ dodatni. Leczenie kąpielowe podczas regularności nie jest przeciwskazane, owszem wskazane; podczas miesiączki prawidłowej można leczenie przerwać lub nie, jest to obojętne, w przypadkach jednak zaburzeń w miesiączkowaniu nie należy podczas miesiączki przerywać leczenia kąpielowego. Ma to doniosłe praktyczne znaczenie dla pacyentek, u których miesiączka zwykła się przeciągać i które wskutek tego nie mogłyby korzystać z pobytu w miejscu kąpielowem.

Przy sposobności rzuca autor jeszcze jedną myśl. Skoro kąpiele słone o ciepłocie 28° R. wywołują skurcze macicy, czy nie dałyby się one zastosować w przypadkach niedokładnego zwinięcia się macicy po porodzie (*subinvolutio uteri*)? I w uporczywych krwawieniach (*meno- et metrorrhagiae*) mogłyby działać korzystnie. Naturalnie w obu tych przypadkach nie potrzeba pacyentki wysełać do miejsca kąpielowego, kąpiel słona sztuczna wystarczyłaby zupełnie. (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynaek.* XXV, I. 1892).

Dr. Rosner.

(Ciekawe te spostrzeżenia popierają zapatrywania niektórych lekarzy kąpielowych francuskich i zasługują na dalsze badanie, szczególniej w naszych solankach jodo-bromo-

wych. Zdanie przeciwnych autorów, będących w większości, zasługuje jednak na uwzględnienie i dlatego należy być ostrożnym i rozpoczynać podawanie kąpieli w późniejszych okresach miesiączki. *Przyp. red.*)

Patologija.

Prof. Fleiner: **O leczeniu zaparcia żywota i niektórych zboczeń okrężnicy lawatywami z oliwy.**

Prof. F. rozróżnia zaparcie żywota dwojakie: w skutek albo osłabienia jelit (*constipatio atonica*), albo ich skurczu (*constipatio spastica*) i stosownie do tego dwojakich używa środków. Zachęcony doświadczeniami prof. Kussmaula, który od kilku lat używał oliwy z dobrym skutkiem w zaparciach stolca, zaczął tym sposobem i swoich chorych leczyć a skutki, jakie otrzymał, były bardzo korzystne. Lawatywy te o objętości 400—500 cm. sz. (dzieciom 50—150 cm. sz.) oliwy lub oleju przedniego, ogrzanego do ciepłoty 37° C., stosuje się chorym w położeniu na wznak podczas podniesienia nieco miednicy za pomocą irygatora, pod ciśnieniem jednak nieznacznem tak, żeby oliwa do jelita dostawała się powoli, na co potrzeba około 10—15 minut czasu. Lawatywy takie daje się co kilka dni, w miarę potrzeby, a po każdej powinien się pokazać stolec nieco płynny, z wejrzenia podobny do kału z jelit cienkich pochodzącego a zawiewierający nieraz sporo jeszcze żółci. Stolec zwykle następuje dopiero w kilka lub kilkanaście godzin i najczęściej na powierzchni jest papkowaty wskutek rozmiękczenia przez oliwę. Jeżeli w ciągu 3—4 godzin stolca niema a objawia się niepokój w jelitach, to należy dać zwykłą lawatywę z ciepłej wody. Część oliwy zostaje nieraz w jelitach i odchodzi dopiero przy 2. i 3. stolcu. Jeżeli okrężnica jest bardzo przepełniona kałem, to należy nieraz takie lawatywy powtarzać co dzień, dopóki stolce nie nastąpią papkowate, zabarwione żółcią, co jest zwykle znakiem, że cel już osiągnięto. W chorobach okrężnicy zstępującej, zagięcia esowatego i prostnicy, lawatywy takie najlepiej stósować w ilości 100—150 cm. sz., u dzieci zaś wystarcza 30—40 cm. sz.

Działanie oliwy objaśnia prof. F. przez rozmiękczenie kału i przez drażnienie chemiczne błony śluzowej a przez to wywoływanie energiczniejszego i łatwiejszego ruchu robaczkowego w jelitach. Wskazanie do używania takich lawatyw podaje nietylko w nawykowych zaparciach stolca, ale także w zapaleniach kątnicy (*typhlitis*), okrężnicy (*colitis*), prostnicy (*proctitis*), w owrzodzeniach wskutek czerwonki lub gruźlicy, we wszystkich zaparciach z przyczyn mechanicznych, n. p. nowotworów, ucisku przez ciężarną macicę, powiększenia jajnika, zrostów i t. p., dalej w tych przypadkach, gdzie z przyczyny cierpienia żołądkowego środków przeczyszczających wewnętrznie podawać nie można, wreszcie u osób niedokrewnych i wynędzniałych, u których trzeba sprawić bardzo nieznaczne tylko wypróżnienie.

Co do sposobu stosowania lawatyw, to po pierwszych lawatywach w ilości 300—500 cm. sz., można następne dawać mniejsze w ilości 200—300 cm sz. i co raz rzadziej tak, że w końcu wypadnie po 1—2 lawatyw na tydzień. Co do czasu, kiedy je najlepiej stosować, radzi prof. F. dawać je wieczorem a u chorych, którzy muszą leżeć w łóżku, stosować je rano. Po takiej lawatywie powinien chory leżeć $^1/_2$ godziny spokojnie z podwyższoną nieco miednicą a potem dopiero można wstać i chodzić. W przypadkach owrzodzeń w okrężnicy lub prostnicy można używać środków desynfekcyjnych n. p. kwasu salicylowego $1^0/_0$ lub $2^0/_0$ lub resorcyny.

Lawatywy z oliwy zaleca też gorąco prof. F. w zapaleniu okrężnicy tak zwanem śluzowem lub błoniastem, *colitis mucosa s. membranacea s. colica mucosa* (Nothnagel), w którem lawatywy z oliwy zmniejszały napady bólów w żywocie, sprowadzały łatwe wypróżnienia śluzowych mas, wreszcie sprawiały powoli, że napady były coraz rzadsze i wreszcie ustępowały zupełnie. (*Berl. klin. Wschrft.* Nr. 3 i 4, 1893).

H. Rosin: **Nowa próba barwików żółciowych w moczu.**

Jeszcze Maréchal podał w r. 1869, że nastój jodowy dodany do moczu, zawierającego barwik żółciowy, wywołuje barwę zieloną. Toż samo potem i Smith w roku 1876 polecał, uważając tę próbę za nader czułą, zwłaszcza że zwykła próba Tiedemana-Gmelina nieraz zawodzi. Na tej podstawie i Gerhardt w r. 1881 podał sposób wykrycia barwików żółci a mianowicie do chloroformu kłóconego z moczem żółtaczkowym dolewał słabego bardzo roztworu jodu i jodku potasu i znowu kłócił. Wówczas chloroform zaledwie barwił się na różowo. Po dodaniu zaś roztworu ługu potasowego, odbarwiał się chloroform a ług potasowy barwił się na zielono.

Dr. Rosin zaś podaje pewną modyfikacyę, która zdaniem jego jest bardzo czuła i łatwa do wykonania dla lekarza praktykującego.

Nastój jodowy przepisany (*tinct. jodi offic.*) roztwarza wyskokiem w stosunku 1 na 10 i z tego nalewa ostrożnie 2—3 grm. do drugiej rurki odczynnikowej zawierającej mocz żółtaczkowy w ten sposób, aby rozczyn jodu pozostał ponad warstwą moczu. Po chwili, najpóźniej w minucie, powstaje na granicy między płynami koło zielone, które dowodzi, że bilirubina znajduje się w moczu. Jeżeli zaś jej niema, to na granicy powstaje tylko odbarwienie, t. j. powstaje pierścień jasnożółty lub bezbarwny, ale nigdy zielony.

Próby wykonywane od 8 miesięcy w klinice prof. Senatora w Berlinie rzeczywiście potwierdziły praktyczność i dobroć tej metody. (*Berl. klin. Wschrft.* Nr. 5, 1893).

Dr. J. Surzycki.

Farmakologija.

Heinz i Liebrecht: **Alumnol, nowy lek ściągający i odrażający.**

Obecnie używane leki ściągające są po największej części solami metali ciężkich i jako takie mają tę właściwość, że łączą się z białkiem w ciała nierozpuszczalne. Taki lek dostawszy się na wrzód lub sączącą błonę śluzową, łączy się z białkiem ustroju i działa tylko powierzchownie. Autorzy postanowili więc utworzyć lek przeciwgnilny a zarazem ściągający, któryby z białkiem się nie łączył a przeto mógł zadziałać głębiej. Ciałem takiem jest sól glinowa, alumnolem przez autorów nazwana.

Alumnol jest to proszek biały, delikatny, łatwo rozpuszczający się w wodzie, glicerynie i wyskoku. Działanie przeciwgnilne alumnolu badano za pomocą kultur odpowiednich bakteryj. Rozczyn $1^0/_0$ po 24 godzinach niszczy zarodniki wąglika a roztwór $0{\cdot}01^0/_0$ wstrzymuje rozwój bakteryj durowych, cholerycznych i ropnych. Działania ściągającego nowego leku próbowano na kresce żabiej. Rozczyn $0{\cdot}01^0/_0$ zwężał znacznie naczynia kreski. Alumnol działa także w głąb tkanek, jak się to na królikach przekonano. Po wstrzyknięciu odpowiedniego rozczynu w miąższ nogi królika, można było półtorachlorkiem żelaza wykazać alumnol w głębokich warstwach mięśniowych. Dopiero roztwory $20^0/_0$ wprowadzone do żołądka nadżerają go a podawane przez dni kilka sprowadzają śmierć skutkiem zadrażnienia nerek. Od roku już czynią autorowie próby na chorych, chcąc wykryć pewne wskazania dla tego nowego leku.

W praktyce chirurgicznej nadaje się alumnol przedewszystkiem do leczenia ropiejących zatok i przetok. Rozczyn $2^0/_0$ doskonale odpowiada swemu celowi i oczyszcza rany. Jeżeli chce się zadziałać żrąco, to używa się rozczynów $20^0/_0$.

W praktyce ginekologicznej, jako rozczyn $1^0/_0$, służyć może za pewny i bezpieczny lek do przemywań. Najkorzystniej jednak działa w zapaleniu błony śluzowej macicy wiewiórowem (tryprowem). W chorobie tej najlepiej używa się alumnolu w postaci pręcików z galarety (żelatyny).

W praktyce dermatologicznej ma alumnol najszersze zastosowanie, dzięki rozlicznym formom, w jakich go stosować możemy. Bagersdorf w Altonie sporządza już według przepisu Unny mule i plastry gutaperchowe.

W praktyce wenerycznej, według doświadczeń Chotzena, jedno do dwu procentowy roztwór alumnolowy, wzbogaca szereg leków przeciwko wiewiórowi. Po 3 lub 6 dniach gonokoki z wydzieliny znikały a po 3 do 4 tygodniowem leczeniu choroba zupełnie ustawała.

W chorobach uszu zajmował się alumnolem głównie Dr. Briger chwaląc skuteczność jego w ropnych zapaleniach ucha środkowego.

W chorobach ocznych, według badań Dra Wolfsberga, roczyn alumnolowy działa skutecznie w zapaleniach nieżytowych i wiewiórowych spojówki. (*Berl. klin. Wochschrift.* Nr. 46, 1892).

Chotzen: **Alumnol.**

Alumnol wytworzony przez Heinza i Liebrechta w pracowni farmakologicznej Filehnego w Wrocławiu, zawiera 15% siarki i około 5% glinu (aluminium). Alumnol w alkoholu i glicerynie rozpuszczony prześwieca błękitnawo. — W eterze całkiem się nie rozpuszcza. Roztwory alumnolu oddziaływają kwaśno i wydzielają z roczynów białko. Srebro wydzielają z roztworów azotanu srebrowego a z półtorachlorkiem żelaza dają zabarwienie ciemno niebieskie. — W ropie proszek alumnolowy rozpuszcza się, własność ważna, nie tworzy bowiem grudek, światło przewodów lub przetok zatykających.

Alumnolu próbował autor w 300 przypadkach a mianowicie w następujących formach: 1) Alumnolu czystego w pryszczykach i owrzodzeniach żołędzi i rowka prącia i we wrzodzie miękkim. Pieczenie ledwo uczuć się dające trwa krótko. Po 24 godzinach rany oczyszczają się. 2) Posypkę alumnolową 10% z łojkiem (*talc. venet.*) i skrobią (*amylum*) po równych częściach w zapaleniu żołędzi (*balanitis*), wyprysku sączącym (*eczema madidans*), oparzeniach. 3) Roztwór alumnolowy 1—5% w wyprysku krostkowym (*eczema pustulosum*), trądziku twarzy (*acne faciei*), czyrakach (*furunculosis*), ostrym i przewlekłym wiewiórze (*gonorrhoea acuta et chronica*). 4) Spirytus alumnolowy 2—10% w pokrzywce (*urticaria*), figówce (*sycosis*), strupieniu woszczynowatem (*Favus*), łuszczycy (*psoriasis*). 5) Maść alumnolowa według formułki:

Rp.	*Alumnoli*	*10·00*
	Lanolin. anhydr.	*50·0*
	Paraffin. liquid.	*35·0*
	Ceresini	*5·00*

w przypadkach chorób skórnych. W wiewiórze zapisuje autor:

Rp.	*Alumnol.*	*0·50*
	Aq. dest.	*1·50*
	Glycerini	*3·0*
	Ung. lanol.	*15·0*

Maść tę za pomocą strzykawki Tomasolego wprowadza jużto do przedniej jużto do tylnej części cewki. 6) Kleje alumnolowe. Kleje przez Unnę do dermatologii wprowadzone, sporządza autor z alumnolem według następujących formułek:

a) Rp. *Tubera Salep.* *10·0*
Glycerini *20·0*
Aq. destill. *200·0*
coque usque ad consistentiam unguenti adde
Alumnoli *20·0.*

b) Rp. *Alumnoli* *10·0*
Tragacanth. Bassorini *50·0*
Tub. Salep. *50·0*

Obydwa te kleje schną w przeciągu 25 minut, mogą pozostać na skórze bez zmiany 2—3 dni i są w wypryskach sączących bardzo skuteczne. Prócz tych tworzy jeszcze Ch. inne kleje alumnolowe a mianowicie: szelakowy, ołowiowy, kolodiowy i z balsamem kanadyjskim. 7) Plastry gutaperchowe z alumnolem według przepisów Unny sporządzone. 8) Pręciki z alumnolu i galarety (żelatyny) w terapii ginekologicznej, chirurgicznej i wenerycznej. Tak więc alumnol działa wielorako a według zapewnień autora, skuteczność jego szczególniej uwydatnia się w chorobach skórnych i wenerycznych a mianowicie w wiewiórze. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 48, 1892).

Prof. Colasanti i Dutto: **Badania wartości leczniczej dermatolu.**

Aczkolwiek Buchner już w r. 1845 badał garbnikan bizmutowy (dermatol) pod względem własności chemicznych, to przecie pierwsi Heintz i Liebrecht użyli go do celów leczniczych, zbadawszy go przedtem dokładnie chemicznie. Zdaje się nawet, że obaj ci badacze, którzy połączeniu temu nadali nazwę dermatolu, w ogóle poprzednich prac Buchnera nieznali. Heintz i Liebrecht chcieliby dermatolem zastąpić jodoform, ufając jego działaniu przeciwgnilnemu. Dermatol posiada wiele zalet: jest proszkiem delikatnym, barwy blado żółtej, bez woni i smaku. Nie rozpuszcza się w wodzie i nie zmienia swych własności nawet w 100°C, można go więc skutecznie sterylizować. Działanie rozwija czysto miejscowo, a skutki jego wysuszające i kojące są nie małej wagi. Obecnie wskazania lecznicze dermatolu znacznie się rozszerzyły. Glaeser i Fritsch używają go w chorobach kobiecych, Rosenthal w skórnych i kiłowych, chirurdzy od r. 1891 nim się posługują. Eversbusch pierwszy zaczął go stosować w chorobach ocznych a Davidsohn w usznych. Wszyscy ci lekarze potwierdzają wartość odwaniającą dermatolu, bez zadraźnienia lub szkodzenia częściom zdrowym.

Jeżeli dermatol zewnętrznie użyty jest lekiem wcale cennym, dlaczegóżby też nie miał zadany wewnętrznie skutkować w pewnych grupach chorób organów wewnętrznych? W tym też celu robili autorowie doświadczenia w chorobach wewnętrznych, do czego używali dermatolu z fabryki w Höchst. Podawano go w dawkach 2 do 6 gramów na dzień w proszkach. Dermatol użyty wewnętrznie okazał się jako znakomity lek przeciwkobiegunkowy. Na szczególną uwagę zasługują przypadki uporczywej biegunki u suchotników. Już po jednodniowym używaniu t. j. po 6 gramach, biegunki ustawały. Mocz badany nie posiadał żadnych składników ubocznych i nie zmieniał się a kał tylko skutkiem tworzenia się siarkanu bizmutowego, przybierał zawsze barwę ciemno brunatną. Także w biegunkach kataralnych, durowych i zimniczych, dermatol okazał się lekiem pewnym. (*Brl. kl. Wschrft.* Nr. 34, 1892).

Heinz: **Wskazania lecznicze dermatolu.**

Dermatolu początkowo używali przeważnie dermatolodzy. Dodatnie jednakowoż jego własności utorowały mu drogę w dziedzinie lecznictwa i w innych gałęziach medycyny. Na pierwszym miejscu zanotować wypada zupełną dermatolu nieszkodliwość. Nierozpuszczalny, nie zostaje wessany w tkanki; stosować go też można w znacznych ilościach bez obawy zatrucia. W 2 przypadkach Weismüllera (*Ulcera cruris. Berl. kl. Wschrft.* 51. 1891) wystąpiła gorączka z wysypką pęcherzykową. Po bliższem zbadaniu przekonał się Weismüller, że lek był zanieczyszczony ołowiem. Dlatego też przy zapisywaniu, powinno się wyraźnie na recepcie dodać, by pochodził z fabryki w Höchst. (Lucius i Brüning).

Dermatolu dotychczas używamy:

1) W chirurgii: *a*) W ranach świeżych pooperacyjnych lub po zranieniach przypadkowych. *b*) W celu zabliźnienia ran starych z utratą skóry połączonych. *c*) Celem wysuszenia ran bardzo ropiejących, przyczem należy użyć dermatolu w grubej warstwie.

W ranach z gnijącą, cuchnącą wydzieliną z dermatolu nie otrzymamy pożądanego skutku. W tych przypadkach najlepiej stosować najpierw jodoform a potem dopiero dermatol.

2) W praktyce ginekologicznej zastosujemy dermatol we wszystkich operacyach wchodzących w zakres chirurgii. Przedewszystkiem w operacyach plastycznych na międzykroczu, zachwala go bardzo Fritsch. Mniejsze oddaje usługi w obec procesów gnijących, jak n. p. w rozpadającym się raku, łożyska lub płodu.

3) W dermatologii stosować można dermatol wtedy, gdy chcemy zadziałać powierzchownie na sączące się płaszczyzny a zatem nadają się do leczenia: *a*) wypryski ostre i świeże sączące się, *b*) utraty powierzchowne przyskórka lub skóry, *c*) sparzenia wszystkich 3 stopni, *d*) potówka rąk i nóg (*Dermatoli 20.0, Amyli 10.0, Talc. venet. 70.0*).

4) W chorobach usznych, używa Davidsohn dermatolu w zapaleniu ucha zewnętrznego (*Otitis externa*). W zapaleniu ucha środkowego (*media*) dermatolu nie powinno się używać. W małej tej przestrzeni łączy się z ropą na twarde i zbite gruzełki, które drażnią ucho wewnętrzne i utrudniają odpływ ropy.

5) W chorobach nosa, po wszelkich w narządzie tym operacyach, radzi Aronsohn zasypywać dermatolem. Choremu poleca się przytem, by parę razy na dzień używał dermatolu jak tabaki. Wszelkie tamponowanie nosa staje się skutkiem tego zbytecznem. Żadnego innego proszku odwaniającego nie zniosłaby błona śluzowa nosa a najmniej z pewnością jodoformu.

6) Okuliści a przedewszystkiem Eversbusch stosują dermatol w proszku przeciw zapaleniu spojówki pęcherzykowemu (*conjunctivitis phlyctaenulosa*) u dzieci zołzowych. Korzyść tego leczenia polega i na tem, że przy zasypywaniu dermatolem możemy wewnętrznie podawać jodek potasu, co jest znów przeciwwskazane podczas używania kalomelu jako posypki. (*Berl. kl. Wschrft.* Nr. 47, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Choroby dzieci.

Rominciano: **O rozmaitych postaciach kiły u dzieci.** (Wykład miany na II. kongresie derm. i syfil. w Wiedniu).

Kiła wrodzona zwykła objawiać się u dzieci od pierwszych dni aż do 5-go miesiąca życia; pospolicie rozpoczyna się jako sapka (*coryza*). Najczęściej spotykamy zmiany kiłowe jak lepieże (*plaques muqueuses*) i to na błonie śluzowej jamy ust; również bardzo pospolite są, zdaniem autora, rozpadliny w kątach ust. Rzadko spotykamy wyprysk, częściej pęcherzycę (*pemphigus*). U wynędzniałych dzieci kiłowych spostrzega się dość często ropnie, których jednak nie należy odnosić wprost do zakażenia kiłą, lecz do zwykłych przyczyn. Ważnem jest spostrzeżenie R., że równo cześnie u tego samego indywiduum możemy nieraz widzieć różne okresy zakażenia. Do rzadkich zmian kiły wrodzonej u dzieci należą kilaki (*gummata*) i zmiany w kościach. — Leczenie polegało na wcieraniu szaruchy nawet u noworodków, przyczem nigdy nie zauważono ślinotoku lub biegunki. Wcierać poleca rano gram w brzuch i piersi, wieczorem gram w plecy, co drugi dzień kąpiel; zdaniem autora 8 do 16 wcierań zwykle wystarcza do wyleczenia. Gdy dziecko karmiło się piersią matki, poddawano i matkę leczeniu przeciwkiłowemu, chociażby nawet nie okazywała zmian kiłowych. Leczenie wstrzykiwaniem z powodu częstego wytwarzania się ropni nie jest właściwe u dzieci. (*Wien. med. Presse* 1892).

Dr. Raczyński.

Notatki terapeutyczne.

16) W celu użycia kreozotu w ławatywach zaleca Revillet następujący przepis:

Rp. *Kreozoti fagini* 2·00—4·00
Olei amygdalarum dulcium 25·00
Vitellum ovi unius
Aquae destil. 200·00

Kreozot w tej formie bardzo rychło ulega wessaniu.

17) Przeciw kaszlowi w odrze u dzieci przepisuje prof. Widerhofer: Rp. *Exti hyoscyami* 0·15
Aquae destil. 70·00
Syr. simplicis 10·00
MDS. Co godzina dawać po łyżeczce od kawy.

18) W razie potrzeby stósowania koniaku u dzieci używa Elroy przepisu:

Rp. *Cognac* 30·00
Aquae lauroceraci guttas quinque
Vitella ovorum duorum
Sacchari albi 22·00
MDS. Dawać po małej łyżeczce od kawy.

IV.

†

Dr. Żegota Krówczyński.

Dnia 1. lutego zakończył życie we Lwowie Dr. Żegota Krówczyński, wieloletni prymaryusz Szpitala powszechnego, członek krajowej Rady zdrowia, radny miasta Lwowa itd.

Ze śmiercią tą ubywa ogółowi lekarskiemu osobistość górująca nad średnim poziomem dobrą wolą, duchem obywatelskim i wielkiemi zaletami umysłu.

Ś. p. Ż. Krówczyński urodził się we Lwowie 1848 r., w tem mieście odbył nauki gimnazyalne a następnie wstąpił na Wydział filozoficzny, lecz wkrótce zmienił zamiar, przybył do Krakowa na Wydział lekarski, który ukończył w r. 1873. Powróciwszy do Lwowa w r. 1875, pozostał do śmierci w rodzinnem mieście, znacząc zakrótki niestety żywot czynami naukowej i społecznej doniosłości.

Żaden zawód nie ma takiej sposobności do poznania i zgłębienia warunków bytu społecznego, jak stan lekarski: tylko lekarz żyje i działa we wszystkich warstwach społeczeństwa, tylko on widzi je w codziennem i rzeczywistem świetle i bycie. To też żaden stan nie liczy tyłu działaczy społecznych, tyłu filantropów, mecenasów, jak stan lekarski; a wzorem takiego lekarza i zarazem działacza społecznego, był właśnie świeżo zgasły Żegota Krówczyński.

Od dawna już zauważono, że lekarz, który wstąpi na szersze pole pracy społecznej, najczęściej zaniedbuje sprawy swego zawodu. Ś. p. Krówczyński stanowił w tym względzie chlubny wyjątek, gdyż potrafił on zespolić pełnienie obowiązków obywatelskich z pracą naukowo-lekarską, w której postępie wybitnie czynny brał udział. To też działalność zmarłego dwoistą miała cechę: ogólno społeczną i zawodowo-lekarską.

Będąc jeszcze słuchaczem filozofii we Lwowie, powziął śp. Krówczyński myśl założenia Towarzystwa gimnastycznego a po uzyskaniu dyplomu lekarskiego i przeniesieniu się do Lwowa, oddał się z całym zapałem urzeczywistnieniu swego marzenia, t. j. sprawie wzmocnienia sił fizycznych naszego społeczeństwa. Kto wie, czem jest u nas każde początkowanie, ten oceni wielkość zasług ś. p. Krówczyńskiego, który wszystkie trudności pokonał, niepowodzeniami nie zraził się i dzieło wielkiej doniosłości doprowadził do pomyślnego rozkwitu. Sokół lwowski odwdzięczając się za jego gorliwość, wybrał go w r. 1885 swoim wiceprezesem, a w rok później prezesem, którą to godność do końca życia zmarły piastował. Nie poprzestał on na samem umożebnieniu praktycznego ćwiczenia ciała, lecz jako człowiek wysoce wykształcony oddawał się z zamiłowaniem i powodzeniem redagowaniu *Przewodnika Gimnastycznego*, i tą drogą nietylko pouczał nasze społeczeństwo o tak zaniedbanem u nas wychowaniu fizycznem, lecz szerzył i umiejętne pojęcia o nauce i zasadach gimnastyki.

Jako lekarz ś. p. Krówczyński należał do bardzo wykształconych specyalistów, wzorowo prowadził swój oddział chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym we Lwowie a wyniki swych spostrzeżeń i doświadczań ogłaszał drukiem. Wszechstronnemu wykształceniu zawdzięczał, że już w r. 1879 został powołany do krajowej Rady zdrowia, w której czynny i skuteczny brał udział w ciągu lat 13. W roku 1886 otrzymał godność radnego miasta Lwowa i był rzecznikiem spraw sanitarnych rodzinnego miasta w reprezentacyi stolicy. Pisał wiele i wytwornie; do najważniejszych prac ogłoszonych drukiem należą: 1) *O gośćcu wiewiórowym* (*1874*); 2) *O leczeniu kiły rtęcią ze szczególnem*

uwzględnieniem podskórnych wstrzykiwań (1875); 3) *Kilka uwag o wstrzykiwaniach podskórnych sinku rtęciowego* (1875); 4) *Zapiski kazuistyczne* (1877); 5) *O metodzie leczniczej, zwanej goerbersdorfską* (1878); 6) *O zachowaniu się chorych syfilitycznych podczas leczenia wcieraniami rtęciowemi* (1879); 7) *Odpowiedź na list otwarty Dr. A. Sokołowskiego w Goerbersdorfie* (1879); 8) *Stanowisko lekarzy prostytucyjnych wobec nauki* (1879); 9) *O szczepieniu ospy* (1879); 10) *Wyczekiwanie, jako sposób leczenia kiły* (1879); 11) *Leczenie wiewióra przewlekłego* (1880); 12) *Ferdynand Hebra* (1880); 13) *Reinfectio syphilitica* (1881); 14) *Czy kiła jest zakażeniem krwi* (1881); 15) *Syfilidologia* (1883); 16) *Profilaktyczne dążenia nowoczesnej medycyny* (1888); 17) *Jakie leczenie kiły daje najlepsze rezultaty* (1889); 18) *Poronne leczenie kiły* (1889); 19) *Arystol w leczeniu chorób kiłowych i skórnych* (1890); 20) *Pyoktanina* (1890); 21) *Kilka słów o leczeniu kiły* (1892); 22) *Doświadczenia w sprawie zapobiegania kile* (1892).

Przekonani jesteśmy, że powyższym spisem prac naukowych ś. p. Krówczyńskiego nie objęliśmy całości jego literackiego dorobku, jak niemniej, wyznajemy to szczerze, niniejsze wspomnienie pośmiertne nie wyczerpuje wszelkich jego zasług. Towarzystwo lekarskie krakowskie ma szczególne powody do wdzięcznej dla niego pamięci, gdyż ś. p. Krówczyński był przez lat 10 delegatem jego do Rady Zawiadowczej i na Walne zebranie Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Ogół lekarski traci w nim biegłego i światłego praktyka, płodnego i wytwornego pisarza, towarzysza, który w życie wcielił zasady etyki koleżeńskiej. Społeczeństwu ubywa obywatel, który myśląc sercem, obejmywał szerokie horyzonty, dzielny szermierz sprawy fizycznego odrodzenia naszego społeczeństwa, człowiek, po którym w szeregu przodowników dzisiejszej naszej doby dziejowej, długo świecić będzie trudna do zapełnienia luka.

Cześć i wdzięczna pamięć niech mu będzie na wieki!

Dr. A. Kwaśnicki.

V. Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. d. 8. lutego 1893 r. odbytem 1) kol. Przewodniczący poświęcił słowa wspomnienia zmarłym kolegom Tomaszowi Zarembie i Żegocie Krówczyńskiemu. 2) Kol. Pieniążek przedstawił chorą, u której wykonał 3 razy laryngofisurę i 3 razy tracheotomię. 3) Kol. Browicz okazał jelito z chorego (z oddziału prof. Obalińskiego) przedziurawione kopytem końskiem, jakoteż sutek (z kliniki prof. Rydygiera) naciekły guzami rakowatymi a jednostajnie przytem przerosły tak co do tłuszczu, jak tkanki podskórnej i skóry. 4) Kol. Obaliński okazał chorobowo zmieniony wyrostek robaczkowy z chorego, u którego przed operacyą zmiany zapalne tegoż nie były wybitne. Również okazał dwie macice wycięte z powodu raka. 5) Jednogłośnie członkami czynnymi wybrano Drów: Tadeusza Milewskiego, Wincentego Tyszkiewicza, Maurycego Wohlfelda, Franciszka Schumana, Antoniego Biesiadzkiego, Maksymiliana Rutkowskiego, Władysława Pohoreckiego, Jana L. Kosińskiego, Józefa Zolla, Kazimierza Garbińskiego i Jana Regieca. 6) Wybrano komitet przygotowawczy na międzynarodowy zjazd lekarski w Rzymie w roku bieżącym odbyć się mający z koll. Cybulskiego, Domańskiego, Gluzińskiego, Ponikły, Radeckiego, Rydygiera i Zarewicza.

— W lwowskim szpitalu dla położnic, którego dyrektorem jest prof. Dr Adam Czyżewicz, przebywało w roku ubiegłym (1892) kobiet 1094, z których 1023 odbyło połóg. Wykonano w tym czasie 86 ciężkich operacyj, między niemi dwa cięcia cesarskie. Przebieg chorób i skutek operacyj był nadzwyczaj pomyślny tak, że w roku zeszłym nie umarła ani jedna kobieta. Procent operacyj położniczych w stosunku do liczby porodów wyniósł 8·4, procent zmian chorobowych poporodowych w stósunku do liczby położnic 47·7.

Wydział krajowy w uznaniu tego świetnego rezultatu przesłał prof. Czyżewiczowi pismo wyrażające uznanie za pracę tak wielce pożyteczną i zbawienną i gorliwość a lekarzom pomocniczym Drom Kuhnowi i Zawadilowi tudzież akuszerkom zakładowym i dwom stypendystkom wyznaczył nadzwyczajną renumeracyę za gorliwe pełnienie obowiązków.

— Do zbioru *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej*, wydawanych pod redakcyą prof. Dra Koczyńskiego, przybywa w ostatnich dniach rozprawa Dra Leona Wachholza p. t.: Metody badań niektórych lic sądowo-lekarskich (*corpora delicti*). Tak treść i układ rozprawy, jakoteż i przystępna cena powinny zadowolić lekarzy trudniących się medycyną sądową.

— Według urzędowych raportów cholera wygasła zupełnie w Galicyi, t. j. w powiatach husiatyńskim i borszczowskim, gdzie wyłącznie pojawiała się w ostatnich tygodniach. W zakładzie obłąkanych w Nietleben pod Hallą nad Salą umarło dotychczas na cholerę 53 osób. Donoszą o pojawianiu się częstszem tej choroby w Budapeszcie, Hamburgu i Altonie a świeżo o ukazaniu się w Marsylii choroby podobnej do cholery (ulubione eufemistyczne oznaczenie prawdziwej cholery azyatyckiej), na którą w ciągu czterech dni umarło 50 osób.

— Sprawa dopuszczania kobiet do studyów lekarskich zajmuje w Niemczech żywo naczelne władze. Temi dniami wysłał pruski minister oświecenia publicznego, Dr Bosse, do naczelnych Prezydentów okólnik, w którym żąda zdania sprawy, czy w podległym im okręgach kobiety zajmują się praktyką lekarską, pod jakim tytułem, i jakie w tej mierze porobiono doświadczenia pod względem tak lekarskim jak i społecznym. Tymczasem Wydział lekarski uniwersytetu kolumbijskiego w Waszyngtonie zabronił studentkom wstępu na swe wykłady, podając za przyczynę swego postanowienia, że studentki odstręczają młodzież męską od wykładów, demoralizują i sprowadzają uniwersytet do poziomu pensyonatu żeńskiego.

— **Nekrologia.** W Krakowie zmarł w dniu 1. lutego r. b. po długiej chorobie Dr. Ludwik Poglies, lekarz sztabowy. — W Opatowie zmarł w dniu 1. b. m. w 50. roku życia Dr. Ludwik Pogorzelski, lekarz tamecznego szpitala, przedtem ordynator w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **M. K. w Z.** Żadnego dziennika specyalnego w zakresie przez Sz. Kolegę wskazanym nie znajdujemy w najnowszych wykazach pism peryodycznych francuskich i niemieckich. Za zbliżone swą treścią uważaćby zapewne należało w języku francuskim *Annales de la Société d'Hydrologie médicale* (Paris, Alcan, 108, boulevard St. Germain), *Gazette des Eaux* (Paris, 18, rue Monsieur le Prince), *l'Atmosphère* (Paris, Paul Klincksieck, 52, rue des Ecoles) a w języku niemieckim *oesterreichisch-ungarische Badezeitung* (Wien VI, Mollardgasse 41). Najpraktyczniej będzie według adresów tu wymienionych zażądać numerów okazowych a wtedy będzie mógł Sz. Kolega przekonać się najlepiej sam, czy i które pismo odpowiada jego życzeniu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.